

## 補 足

『前立腺癌診療ガイドライン 2016 年版』において、下記内容について小改訂を行いましたので、お知らせいたします。

2018 年 9 月

株式会社メディカルレビュー社

### 記

#### ●p. 43 上から 7 行目

「……85%と高かった<sup>8)</sup>。」と「そのような背景の結果、……」の間

下記を追加

2016 年に報告された PLCO Cancer Screening 研究の調査では、対照群の約 90%が研究期間内に少なくとも 1 回の PSA 検査を受けており、さらに研究開始後 6～12 年の調査では検診群よりも対照群の検診実施率は高かった<sup>9)</sup>。

※文献 9) の挿入に伴い、以降の文献番号を 1 つ繰り下げ。

#### ●p. 44

下記文献を追加

9) Shoag JE, Mittal S, Hu JC. Reevaluating PSA Testing Rates in the PLCO Trial. N Engl J Med. 2016 ; 374 : 1795-6. (IVb)

※以降の文献番号を 1 つ繰り下げ。

#### ●p. 105 最終行

旧	経過観察方法は最初の 2 年は 3 カ月毎、その後は 6 カ月毎の PSA 検査、開始から 1, 4, 7 年後の前立腺生検、ただし PSADT が <u>3～10 年のときは毎年の生検である</u> 。治療開始基準は <u>PSADT &lt; 3 年または生検の reclassification (この研究では Gleason スコア ≥ 7 または陽性コア数 ≥ 3 本)</u> である。
新	経過観察方法は最初の 2 年は 3 カ月毎、その後は 6 カ月毎の PSA 検査、開始から 1, 4, 7 年後の前立腺生検、ただし PSADT が <b>10 年未満になった場合は 1 年以内の再生検が必要となる</b> 。治療開始基準は <b>生検での reclassification (この研究では Gleason スコア ≥ 7 : ただし 70 歳以上では 3 + 4 まで許容, または陽性コア数 ≥ 3 本) と cT3 以上への up-stage である</b> 。

●p. 163 CA 第2項目

旧	LDRは、高線量のEBRTと比較して <u>長期的にはより良好な生化学的非再発率が得られるが、全生存率の優位性に関しては明確なエビデンスはない。</u> 【推奨グレード C1】
新	LDRは、高線量のEBRTと比較して <u>全生存率には差がないものの、長期的により良好な生化学的非再発率が得られる。</u> 【推奨グレード B】

●p. 164 下から14行目

「……差がなかったとしている。」の後

下記を追加

Morrisらは、中間・高リスク症例に対してLDRと高線量EBRTの多施設共同RCTを行っている。そこでは中間リスク症例、高リスク症例ともに全生存率には差がないものの、長期的にLDRの方が生化学的再発率が有意に低いことが示された<sup>17)</sup>。

※文献17)の挿入に伴い、以降の文献番号を1つ繰り下げ。

●p. 166

下記文献を追加

17) Morris WJ, Tyldesley S, Rodda S, et al. Androgen Suppression Combined with Elective Nodal and Dose Escalated Radiation Therapy (the ASCENDE-RT Trial): An Analysis of Survival Endpoints for a Randomized Trial Comparing a Low-Dose-Rate Brachytherapy Boost to a Dose-Escalated External Beam Boost for High- and Intermediate-risk Prostate Cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2017 ; 98 : 275-85.  
**(II)**

※以降の文献番号を1つ繰り下げ。

以上